

Patient

Name:	<input type="text"/>	Tel.-Nr.:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	oder Mobil/ Arbeitsstelle:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	Krankenkasse: (Name und Ort)	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>	Beruf:	<input type="text"/>
Geb. Datum:	<input type="text"/>		

Versicherter

Name:	<input type="text"/>	Geb. Datum:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Straße:	<input type="text"/>
		PLZ/Ort:	<input type="text"/>

Versicherungsart

- Ich bin pflichtversichert Ich bin privat versichert Ich bin zuschussberechtigt
(Sozialamt, Versorgungsamt)
- Ich bin freiwillig versichert Ich bin Basistarif-Versicherte(r)
- Ich bin privat zusatzversichert Ich bin beihilfeberechtigt

Für Kassenpatienten

Wir brauchen Ihre Krankenversicherungskarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns, auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Ihnen eine private Rechnung nach GOZ (Gebühren-Ordnung für Zahnärzte) stellen.

Für alle Patienten

Bestellpraxis: Hinweis zur Organisation

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. So können wir diese freien Termine wieder an andere Patienten anbieten, die sonst länger auf einen Termin warten müssten. Wir bitten Sie deshalb um Verständnis, dass wir bei nicht 24 Stunden vorher abgesagten, nicht eingehaltenen Terminen auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung eine Ausfallgebühr in Höhe von 100 Euro in Rechnung stellen müssen.

Patienten die uns mit Schmerzen aufsuchen, müssen in das Bestellsystem eingebunden werden - dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen. Dafür bitten wir Sie auch um Verständnis.

Datum:	<input type="text"/>	Unterschrift:	<input type="text"/>
--------	----------------------	---------------	----------------------

Anamnesebogen

Ärztliche Behandlung

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Zahnarzt

Name, Adresse und Telefonnummer:

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Allergien

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Herzerkrankungen

Leiden Sie an irgendeiner Herzkrankheit? ja nein

Wenn ja, welche?

Wurden Sie am Herz operiert? ja nein

Kreislaufferkrankungen

Zu hoher Blutdruck ja nein

Zu niedriger Blutdruck ja nein

Herzinfarkt? Wenn ja, wann? ja nein

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein? (z. B.: Macumar, ASS, Aspirin, etc.) ja nein

Leiden Sie unter Ohnmachtsanfällen? ja nein

Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein

Magen-Darmerkrankungen? ja nein

Schilddrüsenerkrankungen? ja nein

Erkrankungen des Nervensystems

Leiden Sie an Epilepsie? ja nein

Leiden Sie an Krämpfen? ja nein

Bluterkrankungen

Leiden Sie an Blutungsneigung (Hämophilie)? ja nein

Leiden Sie unter Blutsarmut (Anämie)? ja nein

Infektionskrankheiten

Leiden Sie an Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)? ja nein

Wenn ja, welche?

Leiden Sie an chronischen Erkrankungen der Atemwege (Husten, Asthma, etc.)? ja nein

Besteht eine HIV Infektion? ja nein

Sonstige Infektionskrankheiten? Wenn ja, welche? ja nein

Weitere Angaben

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ja nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Wenn ja, Welche? ja nein

Röntgen

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-, Kiefer- oder Zahnbereich geröntgt? ja nein

Wenn ja, welches Körperteil?

Hinweis: Unsere modernen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

Schwangerschaft

Sind Sie Schwanger? Wenn ja, in welchem Monat ja nein

Ich bin mit der Anfertigung der im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung notwendig werdenden Röntgenaufnahmen und Abformungsmaßnahmen einverstanden. Falls die Krankenkasse diese Behandlungsmaßnahmen nicht übernimmt, werde ich diese Kosten selbst tragen. Ich verpflichte mich, eintretender Änderungen (Gesundheitszustand, Schwangerschaftseintritt, Krankenkassen, Wohnsitzwechsel etc.) unverzüglich mitzuteilen.

Datum:

Unterschrift:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen. Ihre Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen, ist unsere tägliche Aufgabe. Um dieses Ziel zu erreichen, benötigen wir Ihre Mitarbeit. Bitte füllen Sie diesen Beratungsbogen aus, damit wir eine auf Sie persönlich abgestimmte und individuelle Beratung bzw. Behandlung durchführen können.

Helfen Sie uns Sie besser kennen zu lernen

Warum sind Sie zu uns gekommen und was können wir für Sie tun?

Haben Sie Angst vor Zahnärztlicher Behandlung? Bitte markieren Sie die Zahl, die Ihrer Angst entspricht:

geringe Angst

unbeschreiblich große Angst

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Überweisender Zahnarzt/-ärztin - Name des Arztes/Ärztin:

Telefonbuch/Gelbe Seiten Bekannte/Verwandte Sonstiges:

Internet Ein Patient unserer Praxis - Name des Patienten/in:

Wie oft putzen Sie Ihre Zähne? weniger als einmal pro Tag einmal zweimal dreimal

Haben Sie jetzt oder gelegentlich Zahnschmerzen? ja nein

Wenn ja, welche? Seit wann?

Stört Sie zur Zeit irgendwas in Ihrem Mund? Wenn ja, was? ja nein

Verwenden Sie zusätzliche Hilfsmittel beim Zähneputzen (Zahnseide, Interdentalbürstchen, etc.)? ja nein

Blutet Ihr Zahnfleisch manchmal? ja nein

Sind Ihre Zähne sensibel, wenn Sie heiße oder kalte Speisen zu sich nehmen? ja nein

„Knackst“ Ihr Kiefergelenk? ja nein

Leiden Sie unter Mundgeruch? ja nein

Haben Sie Befürchtungen, in einen knackigen, harten Apfel zu beißen? ja nein

Naschen Sie regelmäßig Schokolade oder andere Süßigkeit? ja nein

Leiden Sie in letzter Zeit unter entzündetem Zahnfleisch mit Schwellung oder Eiterung? ja nein

Haben Sie manchmal das Gefühl, dass Ihre Zähne zu „locker“ sind? ja nein

Haben Sie einen beständigen Hustenreiz? ja nein

Haben Sie Rückenschmerzen? ja nein

Stört Sie die Form Ihrer Zähne? ja nein

Stört Sie die Farbe Ihrer Zähne? ja nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Wir werden uns bemühen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich zu gestalten.